

## Formblatt SSPT-4: Spezielle Schmerzpsychotherapie – 4. Aufstellung zur Supervision

Blatt - Nr. \_\_\_\_\_

Auf dem Formblatt SSPT-4 bitte nur Supervisionen der schmerzpsychotherapeutischen Praxis auflisten. Erforderlich sind **mindestens 25 Stunden** fallbezogener Supervision (jeweils 45 Minuten). Wird die Weiterbildung in beiden Altersbereichen absolviert, so müssen insgesamt **38 Stunden Supervision** nachgewiesen werden. Die fallbezogene Supervision hat mindestens jede 10. Therapiestunde zu erfolgen. Bitte legen Sie als Nachweis jeweils eine Kopie der entsprechenden Bescheinigung(en) bei, welche die geltend gemachte Supervision bescheinigt. Bitte die grauen Spalten nicht ausfüllen!

Name Antragsteller/in: \_\_\_\_\_ Mitglieds-Nr. \_\_\_\_\_

(1) Nummer	(2) Datum / von - bis	(3) Supervisor/in	(4) Qualifikation Supervisor/in	(6) Setting	(7) Stunden (je 45 Min.)	A	P
				<input type="checkbox"/> Einzel-SV <input type="checkbox"/> Gruppen-SV		<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> Einzel-SV <input type="checkbox"/> Gruppen-SV		<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> Einzel-SV <input type="checkbox"/> Gruppen-SV		<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> Einzel-SV <input type="checkbox"/> Gruppen-SV		<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> Einzel-SV <input type="checkbox"/> Gruppen-SV		<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> Einzel-SV <input type="checkbox"/> Gruppen-SV		<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> Einzel-SV <input type="checkbox"/> Gruppen-SV		<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> Einzel-SV <input type="checkbox"/> Gruppen-SV		<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> Einzel-SV <input type="checkbox"/> Gruppen-SV		<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> Einzel-SV <input type="checkbox"/> Gruppen-SV		<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> Einzel-SV <input type="checkbox"/> Gruppen-SV		<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> Einzel-SV <input type="checkbox"/> Gruppen-SV		<input type="checkbox"/>	

Ich versichere die Korrektheit meiner Angaben und die Übereinstimmung eingereicherter Kopien mit den entsprechenden Originalen.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Antragsteller/in: \_\_\_\_\_